

DEPRESIONES: ENTRE BIOQUIMICA E HISTORIA

Luis Hornstein (*)

¿Las depresiones están bien atendidas? Los especialistas, ¿estamos actualizados o seguimos como si el mundo no hubiera cambiado? ¿No serán viejos nuestros paradigmas? ¿Cómo es hoy nuestra subjetividad? ¿Un mecanismo de relojería, como lo era en el siglo XVIII? ¿Una entidad orgánica, como en el XX? No. Hoy la metáfora para nuestra subjetividad es un flujo turbulento.

Cada uno de nosotros es único, singular, siempre que renuncie a la tentación de ser tan especial que llegue a ser inimputable. Un psicoanalista es singular cuando su clínica y sus otras producciones lo muestran, no cuando se inventa un rasgo diferencial mediante emblemas y fueros. Para desplegar los gustos está la lectura, el estudio. Privilegiar ciertos aspectos de la teoría siempre implica el desmedro de otros. La práctica, en cambio, exige que abarquemos la totalidad de la clínica, con la única restricción de nuestra capacidad.

Un psicoanalista es alguien que inscribe una trayectoria, que la inscribe día a día, cuando procesa sus lecturas, su experiencia clínica, su propio análisis, su participación en diversos colectivos. Procesando y siendo procesado, va complejizando su escucha

Algunos psicoanalistas acaban de desayunarse de que el mundo cambia y tratan de ponerse al día. Algunos psicoanalistas, también, siguen impasibles. En este punto no predico ni depresión ni euforia, sino que postulo enfrentar los nuevos desafíos clínicos, teóricos y transdisciplinarios. Mejor dicho, invito.

La clínica de las depresiones tiene demandas apremiantes y nos confronta con los enigmas del paciente actual: oscilaciones intensas de la autoestima, desesperanza, alternancias de ánimo, apatía, hipocondría, trastornos del sueño y del apetito, ausencia de proyectos, crisis de ideales y valores, adicciones y labilidad en los vínculos.

Es cierto que la vida actual (estoy repitiendo *actual*) agrava las condiciones familiares y las dificultades infantiles, pero las carencias narcisistas de hoy no dejan de ser variantes de las carencias narcisistas de siempre.

Ufanos, íbamos por el mundo con el *tener* y el *ser* diferenciados. Cada quien sabía quién era y qué buscaba. Esa internalización, que era el paradigma, hoy es un *corsé*, porque nadie está ya, si alguna vez lo estuvo, tan "*internalizado*". Más bien estamos sostenidos. Sostenidos por nuestra historia individual pero también por los vínculos y por nuestros logros. Y por lo histórico-social y sus diversos espacios. He ahí el nuevo paradigma. **El sujeto es un sistema abierto autoorganizador porque los encuentros, vínculos, traumas, realidad, duelos lo autoorganizan y él recrea aquello que recibe.** Gracias a la teoría de la complejidad, lo actual (esta palabra insiste) va tomando otro lugar, en la teoría y en la clínica. Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad. Los productos son productores de aquello que los produce.

La constitución subjetiva es una psicogénesis y a la vez una sociogénesis. Una teoría del sujeto debe dar cuenta del pasaje-proceso desde la indiferenciación narcisista hasta la aceptación de la alteridad y del devenir. Lo hará concibiendo al sujeto no sólo identificado sino identificante; no sólo enunciado sino enunciante; no sólo historizado sino historizante; no sólo pensado sino pensante; no sólo sujetado sino protagonista; no sólo hablado sino hablante, no sólo narcisizado sino narcisizante. El sujeto toma lo aportado, lo metaboliza y deviene algo nuevo. Los determinantes iniciales quedan relegados a la condición de punto de partida.

Abandonamos la cárcel del determinismo recurriendo a la teoría de la complejidad. Así podemos considerar las series complementarias como potencialidades abiertas a partir de la infancia sin prejuicios fatalistas. Y podemos crear nuevas categorías para entender el advenimiento de lo nuevo.

PRODUCCIÓN SUBJETIVA: REDUCCIONISMO O COMPLEJIDAD

¿Cuáles son las condiciones de producción de la subjetividad? Cuando uno se hace la pregunta, está dispuesto a escuchar aportes de la biología, la

historia, la sociología, sin caer por ello ni en biologismo, ni en sociologismo, ni en historicismo, porque todos estos ismos son reduccionismos. El sujeto solo es pensable inmerso en lo socio-histórico entramando prácticas, discursos, sexualidad, ideales, deseos, ideología y prohibiciones.

Lo que está de moda es hacer declaraciones contra el reduccionismo... para caer en el eclecticismo blando, mejor dicho en confusas ensaladas que toman algo del psicoanálisis, del cognitivismo, de la biología, salpimentados con algo sociohistórico. Esos componentes si se los integra seriamente dan todo de sí. Centrarse solo en los aspectos psíquicos o solo en los aspectos biológicos es reduccionismo.

No le escapo al diálogo. Psicoanálisis, cognitivismo, bioquímica, genética y lo histórico-social pueden colaborar en un proyecto común. Le escapo al reduccionismo, es decir a la simplificación excesiva en el análisis o estudio de un tema complejo. A los reduccionismos, porque cada disciplina tiene el suyo, su prepotencia. Para la *ideología reduccionista en biología (biologismo)* las problemáticas narcisistas serían consecuencia de la constitución genética. Se les niega cualquier papel a las problemáticas psíquicas, sociales, históricas. La *ideología reduccionista en psicología (psicologismo)*, a su turno, hace oídos sordos a los aspectos biológicos y a los socio-históricos.

La ideología reduccionista en biología tiene varias consecuencias graves. Primero, sirve para desmentir los problemas subjetivos y sociales atribuyéndolos a lo biológico. La violencia en la sociedad moderna no tendría que ver con la sordidez del racismo, el desempleo, la brecha entre riqueza y pobreza extremas. En segundo lugar, si se trata de individuos violentos, por su constitución bioquímica o genética, ¿por qué preocuparse por las injusticias sociales o por las formas enfermanes de convivencia?

Muchos de nuestros psiquiatras biologicistas se han enrolado, con no disimulado entusiasmo, en esta ideología bajo la mirada complaciente de los laboratorios, complacencia que se manifiesta con generosos flujos de fondos.

¿Es posible contemplar el mundo desde una perspectiva que destaque tanto la unidad ontológica como la diversidad epistemológica? Los sujetos no

son espíritus libres restringidos solamente por los límites de la imaginación, o más prosaicamente, por los determinantes socioeconómicos. Pero tampoco son “apenas” máquinas replicadoras de ADN. Son efecto de una interacción constante entre “lo biológico” y “lo social” a través de la cual se construye la historia.

En la última década los avances en la ciencia de los genes y del cerebro han sido tan apabullantes que nos podrían apabullar. Pululan los genes. Hay un gen para cada aspecto de nuestras vidas, desde el éxito personal hasta la angustia existencial. Genes para la salud y la enfermedad, para la criminalidad, la violencia, la orientación sexual “anormal” y hasta el “consumismo compulsivo”. Y donde hay genes, la ingeniería genética y farmacológica hace su agosto ofreciendo paraísos de salvación a sujetos hambrientos de fe.

Se propugna una relación causal directa entre el gen y la conducta. Un hombre es homosexual porque tiene un “cerebro gay”, que a su vez es producto de “genes gay”; alguien está deprimido porque tiene los genes “de” la depresión. Hay violencia en las calles porque la gente tiene genes “violentos” o “criminales”; la gente se emborracha porque tiene los genes “del” alcoholismo. Y si el ambiente acepta este reduccionismo –más peligroso que ridículo- es porque se ha resignado a no encontrar soluciones integrales a problemas integrales. Por ejemplo evitando la inclusión de lo social.

Como anticipé, entre los muchos reduccionismos, predomina el biologicismo. Se da por sentado que las depresiones son solamente biológicas. Se oculta que no son ajenas a ellas fenómenos como el desempleo, la marginación y la crisis en los valores e ideales. En ellas podemos ver los efectos de los duelos masivos y traumas devastadores que hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos personales y colectivos. La autoestima y la identidad se resquebraja cuando la sociedad “maltrata” al sujeto y se desmantelan aquellos soportes necesarios para la perdurabilidad de la vida psíquica. La degradación de los valores colectivos incide sobre los valores personales, instituidos en la infancia pero siempre resignificándose. ¿Cómo recuperar una credibilidad apuntalada por convicciones éticas compartidas y compartibles? Prevenir las depresiones es favorecer la inserción en proyectos colectivos, transformando la apatía escéptica en protagonismo. Esta falta de

una brújula ética no puede sino hacer tambalear la autoestima y los estados de ánimo. Y como la falta de ideales parece irremediable, ineluctable como el huracán o la lluvia, la sociedad entera (no sólo los laboratorios) ofrecen al sufriente soluciones mágicas. Los útiles medicamentos antidepresivos se convierten así en artificiales píldoras de la felicidad y en un medio carcomido por la droga los pacientes se vuelven “toxicómanos legales”.

Hace tiempo que perdimos el Paraíso. No aspiramos a abolir los huracanes sino a evitar que los huracanes nos arrasen. No aspiramos a vivir sin incertidumbre, pero por encima de cierto monto es imposible imaginar un futuro. La búsqueda de nuevos objetivos, de nuevos proyectos sobre las cenizas de los anteriores es lo que diferencia a una persona que se siente apta para el futuro y la persona lastrada por el pasado. La ilusión se doblega ante la nostalgia.

La clínica de las depresiones no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad. Puede haber un desequilibrio neuroquímico pero lo que siempre habrá será la acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias.

Las neurociencias y las ciencias sociales cuestionan al psicoanálisis. El psicoanálisis, cuando es pusilánime, se encierra y deviene un sistema esotérico de creencias. Pero cuando se atreve a estar vivo, responde a los cuestionamientos y cuestiona también él. La causalidad biológica y la cultural pueden confluír en la causalidad psíquica pero no reemplazarla. No es posible ninguna inferencia lineal entre lo que se sabe del cerebro y la subjetividad. Hay fronteras. Para todos hay fronteras. Para el psicoanálisis y para las neurociencias. Allí no abunda la bibliografía sino el desafío de crearla. *La clínica, las lecturas y el horizonte epistemológico* proveen recursos para civilizar las fronteras. El intercambio es más necesario que nunca, evitando cierto discurso psicoanalítico autosuficiente que pretendió sentarse en sus laureles viviendo a costillas del pasado.

Fundamentarse en Freud no es garantizarse en Freud ni menos que menos atarse a él. Hoy estamos obligados a pensar el psicoanálisis, con la

física, la biología, las neurociencias, las ciencias sociales, la epistemología de hoy. No con las de Freud.

La clínica actual nos interpela y exige debates insoslayables: relación realidad-fantasia; teoría del sujeto; sistemas abiertos o cerrados; series complementarias (historia lineal o recursiva); infancia: destino o potencialidad; identidad y autoestima; narcisismo patológico y trófico: consistencia, fronteras y valor del yo; relación verdad material-verdad histórico vivencial-realidad psíquica (en la infancia y en la actualidad) diversidad de dispositivos técnicos (estrategias o programas). Estos debates configuran la trama conceptual de que disponemos para aliviar el sufrimiento depresivo.

PATOLOGIAS NARCISISTAS: MIS CUATRO MODELOS

En psiquiatría el tipo de clasificación refleja el grado de conocimiento alcanzado. La agrupación de síntomas o síndromes corresponde a un nivel elemental pero sería errado mirar con recelo a los profesionales que usan el DSM. A la rigidez de cierta psiquiatría biologicista se le responde con un psicoanálisis autosuficiente.

A comienzos del siglo XX la psiquiatría, que había cumplido el inmenso trabajo de reagrupar las perturbaciones, se atasca en la nosografía, empujada por el método anatomoclínico, que había permitido avances asombrosos en otros campos de la medicina. Como los casos "puros" no abundan, hay que agregar nuevas categorías diagnosticas. Además, la presencia de varias entidades en un mismo paciente (la *comorbilidad*) supone una nueva dificultad. Y así, con el pretexto de la objetividad, los pacientes son asignados a categorías que reflejan poco su singularidad.

Intereses de parroquia y de *lobbies* atizan los falsos dilemas. Los objetivistas rebajan lo subjetivo a charlatanería y los subjetivistas denigran lo objetivo como generalización vacía. En vez de apelar a una componenda salomónica, hay que hacerse cargo de un debate entre dos psicopatologías. **La de orientación psicoanalítica clasifica a partir del conflicto psíquico.** Y el conflicto psíquico, lo sabemos, es arena movediza. **La otra solución es neokraepeliniana: al no haber acuerdo sobre las causas, omite esa**

interrogación y elabora criterios estandarizados que describan síndromes. Además de describir los síntomas, las inhibiciones, los rasgos de carácter, hay que dilucidar los conflictos que los producen.

La clasificación del DSM-IV no tiene en cuenta individuos sino “síndromes”. El sentido que reviste un síntoma o conjunto de síntomas en el interior de una trama histórica no tiene pertinencia. Es una clasificación *ateórica* y *descriptiva*. Ateórica porque no toma posición ante las distintas teorías etiológicas y descriptiva porque solo hace un inventario de síntomas. La finalidad del DSM, a partir de su tercera versión, es mejorar la *fidelidad*. La fidelidad permite que ante un mismo paciente dos clínicos puedan arribar a un mismo diagnóstico y es una condición decisiva en la investigación epidemiológica. Las encuestas se realizan sobre la base de un acuerdo respecto de las categorías estudiadas y son posibles las comparaciones.

En la clínica, en cambio, lo decisivo no es la fidelidad sino la *validez*. Está en juego la comprensión del trastorno. Se supone validez cuando se puede establecer la relación entre un síndrome y un proceso patológico que se encuentra en su causa. El DSM es una herramienta construida por los “investigadores”, que los clínicos deben consultar con precaución, porque la psicopatología queda reducida al mero reconocimiento de los síndromes. El psiquiatra está tironeado por su posición de investigador (fidelidad) y su posición de clínico (validez). No siempre recordamos que las necesidades del investigador y del clínico son diferentes.

¿Cómo articular la psicopatología clásica con la contemporánea, que está todavía en construcción? Si se hace un recorrido por la bibliografía, se encuentra que “*patologías narcisísticas*” es una expresión usada para problemáticas clínicas diversas. Si el psicoanálisis pretende ser más que una psiquiatría descriptiva tiene que, como decía Freud, “*hincar hasta la raíz del conflicto*” y postular modelos. Encontré cuatro modelos para esas incontables “*patologías narcisistas*”, cuatro formas clínicas, cada una con su metapsicología.

Mi búsqueda no es, en principio, la de un término unívoco, sino la de una teoría del narcisismo lo suficientemente compleja que no embrete la clínica.

1. Se dice patología narcisista cuando lo que está en juego es la identidad (el sentimiento de sí). El sentimiento de sí está en juego en la esquizofrenia, en la paranoia y en los cuadros *borderline*. Lo que falla es la consistencia del yo. Una problemática de la identidad pensada como movimiento, como búsqueda y como devenir.

El conflicto se sitúa en el interior del propio yo y en la perdurabilidad de la identidad a través de los cambios. La búsqueda de identidad es una encarnizada lucha amenazada por el otro. La frontera entre interno y externo debe ser reafirmada ante la incertidumbre. Predomina el drama de la supervivencia, por lo que los sujetos tienen que hacer malabares psíquicos ya no por "*el derecho a amar y trabajar*" sino por "*el derecho a existir*". La identidad no es la acuñación de ninguna "personalidad" pero va escribiendo algo en altorrelieve. Las montañas del altorrelieve ofrecen ciertos puntos de reparo al huracán de desorganizantes angustias. He aquí sujetos luchando denodadamente por conservar una precaria identidad. ¿Identidad? Otra noción que debe ser desagaviada.

¿De qué hablamos cuando hablamos de identidad? Es un tejido de lazos complejos y variables en donde se articulan narcisismo, identificaciones, vida pulsional, conflictos entre instancias, versión actual de la historia, la repetición y todo aquello que participa en la constitución del sujeto. Identidad remite, a una experiencia interior que se apuntala en la **construcción identificatoria** que requiere la presencia de ciertos puntos de referencia sin los cuales no se sostiene el reconocimiento de sí.

2. En el segundo modelo lo que cuenta es el valor del yo. Hay personas que parecen preguntarse a cada rato "*¿Cuánto valgo?*". Sus actividades, sus vínculos, su vida toda tienen como eje el problema del valor. **Aquí sitúo las depresiones en todos sus estados.**

3. El tercer modelo tiene que ver con confundir objeto real y objeto fantaseado-pensado. No está en juego la propia organización psíquica sino la percepción de la alteridad.

4. El cuarto modelo consiste en la “*clínica del vacío*”. Esta patología es la que corresponde a la no constitución de ciertas funciones yoicas o su pérdida por exceso de sufrimiento.

Los cuatro modelos tienen que ver con el yo: consistencia, valor, indiscriminación con el objeto, pérdida o no constitución de funciones. Y remiten a conflictos distintos.

El narcisismo patológico consiste, más que en un exceso de amor propio, en su falta crónica y, por ello, el narcisista realiza esfuerzos insaciables por sustituir el amor propio por la admiración externa. El déficit narcisista produce un yo amenazado por la desintegración, desvalorización o por una sensación de vacío interior. En el *narcisismo patológico*, hay un interés exclusivo por uno mismo mientras que en el *trófico* ese interés está también dedicado a metas y actividades. Las actividades del *narcisismo trófico* conciernen a las ambiciones, los ideales, el compromiso con los objetos, y ya no importa casi mantener y promover la identidad y la autoestima, ahora convertidas en productos colaterales de tales actividades. Alcanzada cierta cohesión del yo y de la autoestima, el sujeto es libre de orientar cada vez más su vida no por motivos narcisistas, sino por la realización de deseos.

LAS DEPRESIONES

En el segundo modelo, como dije, el problema no es la consistencia del yo sino su valor, lo cual lleva a interesarnos acerca del investimento narcisista del yo. ¿Cómo invistieron los padres el yo en su devenir (pasado, actual y futuro)?

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías:

A) *Estados de ánimo y afectividad*: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias. B) *Pensamiento*: concentración disminuía, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas. C) *Manifestaciones somáticas*: alteración de algunas funciones (insomnio, hipersomnia, aumento o disminución del apetito,

disminución del deseo sexual); dolores corporales (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y síntomas viscerales (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

Es obvio que todos los autores dicen algo acerca de las depresiones, pero otra cosa es dar cuenta de la clínica de las depresiones. Esbozaré mis ideas. *Debemos entender la relación yo/superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la modalidad de tramitación de duelos y traumas pasados y presentes, los efectos de la vida actual y de los proyectos (personales y compartidos) en las valoraciones del yo.*

Para abordar las depresiones un eje de trabajo es el concepto de autoestima. La autoestima es un estuario caudaloso, turbulento, con cambiantes mareas. No es para menos, porque los ríos que desembocan en ella son la infancia, las realizaciones, la trama de relaciones significativas, pero también los proyectos (individuales y colectivos) que desde el futuro hacen posible el presente. Es decir, tiene muchos afluentes. Entonces no asombrará que sea turbulenta, inestable. Turbulenta pero no incognoscible. Mencioné antes la noción de flujo turbulento. Por eso la pérdida del anclaje cultural, hace zozobrar al individuo. Se me dirá que sólo tenemos una idea vaga de cómo la sociedad enferma a la gente. Bueno, es precisamente eso lo que tenemos que estudiar, saliendo del aislamiento, de los compartimentos estancos.

El niño va ingresando en espacios extrafamiliares que lo enfrentan a otras exigencias. No basta la maduración física, aunque sin ella no ingresaría. El sujeto hace arreglos con "la realidad", con varias y variadas realidades, que podríamos llamar primer espacio (el familiar) y segundo espacio (medio escolar, relación con los amigos y medio profesional). Cada espacio con sus demandas. En el primero, se demanda del otro placer narcisista y sexual. En el segundo, las demandas tendrán objetivos parciales: placer narcisista o sexual. El tercer espacio es lo histórico-social y, en particular, una subcultura (comunidad, clase social, pertenencias diversas) con la que se comparten intereses, exigencias y esperanzas. La autoestima resulta del entramado nunca fijo, siempre renovándose, de reconocimientos narcisistas y proyectos compartibles y compartidos.

Como anticipé el sentimiento de estima de sí es fluctuante. Lo hacen fluctuar las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros, la sensación (real o fantaseada) de ser estimado o rechazado por los demás; el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las aspiraciones y los logros. Esas aspiraciones, cuando se incrementan, hacen más imperiosa la necesidad de poner en obra una serie de recursos para disminuir la angustia por la pérdida de amor del superyó. Al mismo tiempo, la satisfacción pulsional aceptable para el ideal (directa, inhibida en su fin) y la sublimación elevan el sentimiento de estima de sí. Lo eleva también la imagen de un cuerpo saludable y suficientemente estético. Y al mismo tiempo lo acosan la pérdida de fuentes de amor, las presiones superyoicas desmesuradas, la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo. Y naturalmente, las enfermedades y los cambios corporales indeseados (Hornstein, 2000).

¿Por qué la angustia frente a la pérdida de amor del superyó es tan avasallante en las depresiones? Entender su predominio implica dilucidar cómo se construyen el yo, el superyó y el ideal. El ideal del yo rescata todo lo que puede del naufragio del narcisismo. Como si tomara fuerzas de la nostalgia que siente el sujeto por la época en que era para sí su propio ideal. Abrumado, alguien formula con dificultad proyectos, con poca energía y motivación. Buscar y encontrar nuevos proyectos es invertir el futuro. (También vale para la teoría. Un nuevo proyecto, un proyecto permanente, renueva los conceptos e inventa nuevos en las fronteras. No por milagro o capricho sino por el apremio de la clínica.)

El narcisismo mantiene la cohesión, la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y la valoración del sentimiento de estima de sí. El narcisismo es trófico cuando el sujeto se pone a *“amar y trabajar”* sin estar tan pendiente de la identidad y la autoestima. Es patológico cuando el amor por sí mismo es reemplazado por lástima por sí mismo. No hay exceso de amor propio. Al contrario, hay escasez. El terreno de los objetos transicionales –que debió ser regado por el lenguaje, la simbolización, la creatividad- se volvió desértico por tanta somatización, actuación o depresión.

En las depresiones *“una pérdida de objeto se convierte en una pérdida del yo”* (Freud, 1915). ¿Qué funciones cumple el otro en el campo narcisista?

¿Qué relaciones tiene con el sentimiento de estima de sí y sus otros constituyentes: narcisismo infantil y logros yoicos? La concepción del psiquismo como sistema abierto permite entender la función narcisista del mundo objetal, porque en ella el *ser* (registro identificatorio) coexiste con el *tener* (registro objetal).

En las depresiones la pérdida del otro trastorna demasiado. Dos elementos nunca faltan: una pérdida y la consecuente herida narcisista. El trabajo del duelo se traba una y otra vez. Se trata de una batalla, en que el análisis (o la vida) deben ligar y contrarrestar lo mortífero. Si predomina lo mortífero, lo actual será apenas sombra, se morirán los brotes. Fijaciones excesivas, duelos no elaborados, predominio de la compulsión de repetición, viscosidad libidinal, son distintos sitios donde podemos detectar y desactivar lo mortífero. ¿Qué es Eros sino la búsqueda de relaciones “suficientemente nuevas.

¿Qué es lo propio de las depresiones? ¿Hay conflictos que les sean específicos? Sólo cierta constelación conceptual, compleja pero posible, puede dar cuenta de ellas. Están en juego muchos factores, que deben investigarse por separado y en conjunto. Tal vez en el conjunto haya un meollo: la relación entre el sujeto y sus valores y metas. La autoestima se alimenta del interjuego entre el sujeto y sus ideales. Si el ideal está muy lejos, no hay interjuego. Una frustración puede precipitar una depresión al producir un colapso parcial o completo de la autoestima si el sujeto se siente incapaz de vivir acorde con sus aspiraciones (Hornstein, 2006).

El superyó de la melancolía, del masoquismo o de la neurosis obsesiva es “*puro cultivo de pulsión de muerte*”. En la problemática de un depresivo psicoanalizar no consiste en rendirse ante el superyó, en darle la razón, como se desprendería de “*Duelo y melancolía*”, sino en darle batalla. Si supiéramos cómo se generó, quizá podríamos “*desmontar este superyó hostil*” (Freud, 1937) haciendo consciente lo inconsciente represor. Lo inconsciente no es sólo lo reprimido sino también lo represor. Desentrañar cómo se construyeron el yo y el superyó, a partir de qué historia identificatoria, es hacer consciente lo inconsciente, y entonces es parte del psicoanálisis.

Para poder entender las depresiones, hay que estar atentos a la relación yo/superyó, investimentos narcisistas infantiles, efectos de la vida actual en cuanto al sentimiento de estima de sí. El *valor del yo* es central en esta clínica del sentimiento de estima de sí (y en toda clínica). Abordé la teoría, clínica y terapia de las depresiones en *Las depresiones* (Hornstein, 2006).

DEPRESIONES Y PROYECTO TERAPÉUTICO

Como opiniones todos tenemos, muchos psiquiatras opinan que la psicoterapia es ineficaz para las depresiones y muchos psicoanalistas que ineficaz es la psiquiatría. Pero ¿se informan los psicoterapeutas sobre la medicación que toman sus pacientes? ¿Y no hay psiquiatras que descreen en la psicoterapia como complemento a los fármacos e incluso no dialogan con el paciente? Y en el escenario actual se agrega un nuevo personaje: la industria farmacéutica. No debemos tolerar tampoco que los tratamientos sean regulados por el protocolo de la obra social o de la prepaga, demasiado apegada al costo.

Es cierto que la bioquímica puede aliviar ciertos padecimientos. Pero la propaganda (no sólo la publicidad) de la industria farmacéutica suele presentar a la farmacoterapia como la llave maestra. **Y la teoría de ninguna enfermedad debería estar en manos de una industria.** ¿Será que el psiquiatra cree a ciegas en un DSM-IV ¿Será que el psicólogo, hostil al DSM-IV, no tiene más remedio que recurrir al psiquiatra cuando las papas queman y entonces es apabullado por el psiquiatra?

Es un hecho que la denominación de psicoanálisis abarca prácticas muy heterogéneas. ¿Qué piensa cada uno de nosotros? ¿Qué todas lo son o que sólo es psicoanálisis lo que uno piensa y hace?

¿Cómo producir pensamiento anclado en la clínica capaz de desafiar consensos establecidos? Lo inquietante de las parroquias analíticas son sus encierros. Los adeptos no se interesan por las investigaciones de otras escuelas ni siquiera para rebatirlas. Un “adepto” se adhiere a una doctrina y establece una relación privilegiada con su grupo separándose de su mundo habitual. Esa dependencia requiere un tipo de pertenencia particular y una

modalidad relacional que supone regresiones varias. Diluye su singularidad en una identidad grupal: un microcosmos que posee un lenguaje, ritos y jerga.

El psicoanalista está ante un enigma, exigido a un pensar y a un hacer. ¿Huye o lo enfrenta? Lo enfrenta mediante su atención flotante y su contratransferencia. Ese investirlo todo, ese no rehusarse es la atención flotante. Es el prerrequisito para una interpretación a salvo de un saber preestablecido, congelado, una mera “aplicación” de la metapsicología. La atención flotante no es sólo un correlato de la asociación libre. Es una asociación libre restringida por la escucha y por la atención flotante y no una remisión sin fin al mundo fantasmático del psicoanalista.

Piera Aulagnier acuñó un concepto: “*teorización flotante*”. Hasta entonces no se había aludido tan bien a la movilización de todo aquello que conoce el analista respecto del funcionamiento psíquico. El analista es convocado por un enigma, un enigma que no resolverá pero que tiene que elucidar, expuesto a un pensar y a un hacer por medio de construcciones “teóricas” inevitables y peligrosas si se configuran antes de tiempo. Intenta navegar, a la vez constreñido por el pensamiento teórico y a la vez libertado por la teorización flotante. O se hunde cuando la teorización flotante se torna tan consciente, tan sistemática que deja de ser flotante y la racionalidad se convierte en racionalización. O cuando, sin la necesaria constricción teórica, el tratamiento es pura espontaneidad, puro oleaje.

Analizar no es fácil. En este caso, requiere dilucidar qué función tiene la “teoría” en la escucha y qué violencia puede ejercer en el desarrollo asociativo del analizando. Nuestro trabajo nos confronta al riesgo de la “violencia secundaria”, a la que antes llamábamos abusos de transferencia. La ejercemos cuando no escuchamos al otro en su alteridad, cuando nos atribuimos un poder de transformación que desconozca lo propio de ese sujeto¹.

¿Cuánto puede haber de no compartido en nuestro proceder técnico? ¿En qué consiste lo no compartido? ¿Cuál es el conjunto de condiciones necesarias y generalizables que permita ese evitado debate clínico? Mientras

¹ Esa violencia secundaria “*puede ser ejercida a través de la interpretación a ultranza y, podríamos decir prefabricada, o a través de la persistencia de un silencio que vendrá a probarle al analizando que en el encuentro no hay intercambio de saber, y que lo que él dice no aporta ningún nuevo pensamiento al analista*” (Aulagnier, 1979).

que algunos psicoanalistas optan por el “tenedor libre” y algunos por la “verdadera teoría”, otros se dan tiempo para pensar las condiciones de posibilidad de la heterogeneidad.

Existe un contrato “clásico”. Lo que no existe es un contrato infalible. Una técnica única e invariable aumenta el número de los *inanalizables*, “analizables” por otra técnica. Hay personas que, dados sus beneficios secundarios, o sus modalidades transferenciales, o su carencia de vida fantasmática o sus limitaciones para simbolizar o sus monopólicas actuaciones o somatizaciones, no estarían en condiciones de beneficiarse de un análisis estándar.

Lo sabemos: el psicoanálisis “puro”, “ortodoxo” o “clásico” es reduccionista. Sólo cree que unos pocos son aptos para el análisis. Y ese psicoanalista tiene la pretensión de ser “objetivo”, espectador de un proceso que se desarrolla según etapas previsibles. A ese psicoanálisis rígido se lo presentó como una ortodoxia del heterodoxo Freud. Una “idealización” retrospectiva, sin asidero ni en sus textos ni en su práctica.

Sobre la base de la teoría de la complejidad y su noción de “sistemas abiertos”, he postulado (Hornstein, 2000) el psiquismo como sistema abierto. A tal psiquismo no puede sino corresponderle un contrato abierto. El contrato abierto no es perfecto. Pero sí es el mejor contrato que podemos ofrecer, como psicoanalistas contemporáneos, a nuestros pacientes, sustentado en una actualización constante, que por supuesto no consiste en cambiar de opinión según los vientos de la moda, sino en nuestros atravesamientos por lecturas y prácticas.

¿Es posible retacear o extirpar el compromiso afectivo del psicoanalista? La pregunta exige varias respuestas. Freud no trabajaba con todos los pacientes de la misma manera. Es decir, innovaba. Después el psicoanálisis “ortodoxo” se contracturó, produjo tics, rictus. El psicoanálisis fue esclavo de criterios formales: un mínimo de sesiones por semana, el uso del diván y un analista silencioso y limitado a interpretar. Responder a preguntas del paciente, sostener una corta conversación amigable, dar la mínima información personal estaba vetado. (Hornstein, 2006)

¡Que paradoja! Una teoría alguna vez acusada de corromper las costumbres se había refugiado en una técnica estereotipada y aséptica para no reconocer su impotencia ante ciertos pacientes. Sin embargo, hace mucho que algunos analistas se permiten disidencias o, mejor dicho, trabajan con modalidades técnicas variables. Y otros se permiten pensar. ¿Por qué debería haber una cantidad fija de sesiones semanales? ¿Cómo se demuestra que una sesión semanal no sirve para nada? ¿Los pacientes son todos iguales? ¿El diván será para todos lo mejor? Y, yendo más a los estilos, a veces es eficaz un estilo activo, ocasionalmente de confrontación. A veces uno expresivo. A veces uno más silencioso e interpretativo. Con determinado enfoque un paciente se siente seguro y “contenido” y otro se siente amenazado.

Teoría y práctica deberían ser coherentes. Nuestra conceptualización de las depresiones ¿tiene o no tiene en cuenta el déficit? Si lo tiene, también debe tenerlo en cuenta el tratamiento. Entonces será lícito hablar de un “*ambiente de sostén*” para esta clínica. La relación analítica contribuye a la edificación de nuevas estructuras y posibilita que se retome el curso psíquico interrumpido por los traumas tempranos.

En toda práctica el “cómo” se subordina al “para qué”, lo que conduce a reflexionar acerca de los ideales que están en juego. Se puede diferenciar entre ideales intra-analíticos y extra-analíticos. La cura debe considerar los ideales colectivos, entre ellos el religioso, el pedagógico (civilizar al niño), el médico (curar), el social (normalizar), el estético y el político. La enfermedad psíquica no tiene las mismas características que la enfermedad orgánica. El biologicismo quisiera borrar del mapa al psicologismo (y viceversa). Algunos en el afán independizarse del “orden médico” (a veces sin conocerlo bien), declaran desinteresarse por la curación. Sin embargo, lo que corresponde es analizar lo obvio. Se critica al modelo médico por: su pretensión curativa, su control ideológico y su legitimación del orden instituido. Y esa crítica a veces redundante del “Orden Médico” derivó en esa etiqueta, en muchos eslóganes y, lo que es más importante, en una actitud casi fóbica frente a la curación.

Lo confiese o no, el analista tiene metas. Un kleiniano, que el paciente alcance la posición depresiva; otros analistas, que se trabajen los aspectos

psicóticos clivados del yo; los lacanianos, el atravesamiento del fantasma; los norteamericanos, un reforzamiento del yo; los kohutianos, la internalización transmutadora.

En las depresiones al predominar la identificación proyectiva y las escisiones, se enturbia la relación con los otros y las defensas se agrietan. Eso justifica un trabajo de restauración narcisista. En la díada madre-hijo se generan carencias o excesos que ahogan el surgimiento del yo, marcado (y para algunos, condenado) por heridas narcisistas primordiales.

Según Winnicott el proceso analítico consiste en reavivar la omnipotencia subjetiva para lo cual considera esencial la transicionalidad (desde la omnipotencia subjetiva hacia la tolerancia de la realidad objetiva). La madre debido a su "*preocupación materna primaria*" conforma un mundo en el que se realizan deseos y fantasías del niño. La madre deja de desempeñar progresivamente este papel y permite que el niño sufra mayores desilusiones a fin de que llegue a tolerar la realidad objetiva y las subjetividades que están más allá de su control. Una dialéctica entre gratificación y desilusión inevitable y creciente.

La característica esencial del ambiente proporcionado por una "*madre suficientemente buena*" es su adecuación a los deseos del bebé, ilusionándolo con que los objetos son creados por él ("momento de ilusión"). Winnicott considera que la reinmersión en la omnipotencia subjetiva es el resorte de la creatividad, donde fluyen las ilusiones. Así como la maternidad "*suficientemente buena*" implica ajustar el mundo para apoyar las ilusiones del niño, el análisis "*suficientemente bueno*" implica ajustar la situación analítica a la realidad subjetiva del paciente.

Un analista trabaja siempre con su disponibilidad afectiva y con su escucha. En las depresiones se le solicita algo más: su potencialidad simbolizante, no solo para recuperar lo existente sino para producir lo que nunca estuvo.

Estos pacientes requieren innovación. Hay que lograr experiencias que le faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. El analista se diferenciará de las actitudes traumatizantes (por exceso o por defecto) de

los padres, así como de sus colegas con miedo a innovar. Sin deponer cierta asimetría, construirá junto al paciente una nueva historia.

En medio de la Babel, hay un escaso denominador común: ciertas carencias o excesos generaron heridas narcisistas. Una madre que no fue suficientemente buena es paliada por un analista apto para compensar esa falta. La carencia de cuidados elementales es paliada reproduciendo estados y sensaciones infantiles. El aislamiento verbal es paliado por un analista que habla. Y el paliativo deja de ser mero paliativo cuando el analista se atreve a teorizar el déficit.

Hubo implicación subjetiva del analista en la psicología del *self* y en la práctica de Winnicott. Para Kohut, la subjetividad del analista posibilita una escucha empática. Para Winnicott, el análisis debe proveer un “ambiente de sostén”, posibilitando que emerja el “verdadero self” del paciente. Al pensar en términos de detención del desarrollo asumen que el analista tiene que neutralizar ciertos déficits. La implicación subjetiva exige un analista comprometido con el analizando no sólo en la interpretación del pasado sino en el descubrimiento (y producción) de *otras* modalidades relacionales. **No se trata solo de un desarrollo detenido sino de la producción de una historia.**

BIBLIOGRAFIA

Aulagnier, P (1977): “El trabajo de la interpretación” en L. Hornstein, P. Aulagnier, A. Green, M. Pelento, M.C. Rother de Hornstein, H. Bianchi. M. Dayan, E. Bosoer, *Cuerpo, historia, interpretación*, Paidós, Buenos Aires, 1991.

_____ (1979): *Los destinos del placer*, Petrel, Barcelona, 1980.

Freud, S. (1915): “Duelo y melancolía”, A.E. vol. XIV.

_____ (1937): “Análisis terminable e interminable”, A.E. vol. XXIII.

Hornstein, L (2000): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*. Paidós, Buenos Aires.

_____ (2003) *Intersubjetividad y clínica*, Paidós, Buenos Aires.

_____ (2006): *Las depresiones*, Paidós, Buenos Aires.

Kohut, H (1977): *The restoration of the self*. International Universities Press, New York.

Lerner, H. (2006): "Adolescencia, trauma, identidad" en M. C. Rother Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Paidós, Buenos Aires.

Rother Hornstein, M.C. (2006): *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Paidós, Buenos Aires.

Winnicott, D (1971): *Realidad y juego*, Granica, Buenos Aires, 1972.

(*)

Premio Konex de Platino 2006: Psicoanálisis

Miembro fundador y actual presidente de la Sociedad Psicoanalítica del Sur (S.P.S.).

Presidente de la Fundación para la Investigación de la Depresión (FUNDEP).

Profesor invitado de postgrado en diversas instituciones del país y del exterior.

Autor de numerosos artículos y capítulos de libros publicados en revistas nacionales y extranjeras. Entre sus libros figuran "Teoría de las ideologías y psicoanálisis" (Kargieman); "Introducción al psicoanálisis" (Trieb); "Cura psicoanalítica y sublimación" (Nueva Visión); "Cuerpo, Historia, Interpretación" (comp.) (Paidós); "Práctica psicoanalítica e historia" (Paidós); "Narcisismo" (Paidós); "Intersubjetividad y Clínica" (Paidós); "Proyecto terapéutico" (comp.) (Paidós); "Las depresiones" Paidós.